

疾病予防事業補助金交付申請書

保険証記号	任意継続被保険者
4444	

※ 太枠内を記入してください。続柄欄は本人（被保険者）又は家族（被扶養者）、種目欄は受診した種目をそれぞれ○で囲ってください。

保険証番号	受診者氏名	続柄	年齢	健診日	種目	健診料金
		本人・家族	才	令和	定期健診 生活習慣病健診 婦人生活習慣病健診 人間ドック 人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成			医療機関名			
		本人・家族	才	令和	定期健診 生活習慣病健診 婦人生活習慣病健診 人間ドック 人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成			医療機関名			
		本人・家族	才	令和	定期健診 生活習慣病健診 婦人生活習慣病健診 人間ドック 人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成			医療機関名			
		本人・家族	才	令和	定期健診 生活習慣病健診 婦人生活習慣病健診 人間ドック 人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成			医療機関名			
		本人・家族	才	令和	定期健診 生活習慣病健診 婦人生活習慣病健診 人間ドック 人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成			医療機関名			

申請者記入欄兼振込依頼書	フリガナ			本店・支店 出張所	口座区分 普通・当座
	銀行名	銀行・信金 農協			
	フリガナ			口座番号	
	口座名義				
本請求にかかわる疾病予防事業補助金は上記に振込されるよう依頼します。 令和 年 月 日 氏名					

【健保受付欄】

※ 印鑑は不要です。

【注 意】

- ※1 申請者の氏名は被保険者名を記入してください。
- ※2 請求期限は当該年度中に実施した分の請求は当該翌年度の4月30日までとします。なお、期限を過ぎた場合は支給できませんのでご注意ください。
- ※3 申請の際、領収書原本と健診結果表コピー、40歳以上（※年度末年齢）の方は問診表を添付してください。
- ※4 申請書および添付書類の取扱いは限られた目的（保健指導等）のため使用いたします。
- ※5 各年度の期間は4月1日から翌年3月31日までです。

玩具人形健康保険組合

問診票（40歳以上記入）

令和6年4月1日受診分～

記号	番号	本人・家族	配偶者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(フリガナ)		同居の家族	人
	氏名			
	問診項目		回答記入欄（Vチェック）	
	1-3現在、aからcの薬の使用の有無			
1a	血圧を下げる薬		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2b	血糖を下げる薬又はインスリン注射		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3c	コレステロールや中性脂肪を下げる薬		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
5	医師から心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがある。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）		<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(1、2以外)	
9	20歳の時の体重から10kg 以上増加している。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。		<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない	
14	人と比較して食べる速度が速い。		<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。		<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）		<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安：ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、ワイン(同14度・180ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)		<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3～5号未満 <input type="checkbox"/> 5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。		<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである（概ね6か月以内） <input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）	
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

【令和6年4月1日以降受診分】

問診票（40歳以上記入）

～令和6年3月31日受診分

記号	番号	本人・家族	配偶者	□あり	□なし
	(フリガナ)		同居の家族		人
	氏名				
	問診項目		回答記入欄（Vチェック）		
	1-3現在、aからcの薬の使用の有無				
1a	血圧を下げる薬		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
2b	血糖を下げる薬又はインスリン注射		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
3c	コレステロールや中性脂肪を下げる薬		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
5	医師から心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがある。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。		<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない		
14	人と比較して食べる速度が速い。		<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。		<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度		<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない（飲めない）		
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎（25度）110ml、ウイスキーダブル一杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）		<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上		
20	睡眠で休養が十分とれている。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。		<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである（概ね6か月以内） <input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）		
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

【～令和6年3月31日受診分】